

Etude sur les facteurs pronostiques associés à la mortalité de la légionellose en France



Questionnaire initial à compléter par le clinicien et à envoyer au :

Département d'Hygiène, Epidémiologie et Prévention
A l'attention du Professeur Philippe Vanhems
Bâtiment 1 - Hôpital Edouard Herriot
5, place d'Arsonval 69437 LYON Cedex 03

N | | | | | | | | | |
Ne pas remplir

Téléphone 04.72.11.07.21 ou 06 00 00 00 Télécopie : 04.72.11.07.26 email : philippe.vanhems@chu-lyon.fr

Ce questionnaire sera par la suite couplé à la déclaration obligatoire (DO) que vous adressez selon la procédure réglementaire habituelle, au Médecin Inspecteur de santé publique de la DDASS de votre département.

Section 1 Identification du patient

Nom | | | | | | | | | | Prénom | | | | | | | | | |

Date de naissance / / / / / / Sexe M F

Profession : | | | | | | | | | |

Adresse du domicile : | | | | | | | | | |

Code postal : | | | | | | | | | | Ville : | | | | | | | | | |

Nom et adresse du médecin traitant : | | | | | | | | | |

Code postal : | | | | | | | | | | Ville : | | | | | | | | | |

Provenance du patient Domicile Maison de retraite Autre hôpital Même hôpital Autre

Section 2 Facteurs favorisant au moment du diagnostic (autres que ceux figurant sur la fiche de DO)

Alcoolisme chronique* Oui Non * > 3 verres/jour pour un homme
ou > 2 verres/j pour une femme depuis au moins un an

Tabagisme actuel Oui Non **si oui**, nombre de paquets-année : | | | | | | | | | |

Corticothérapie en cours Oui Non **si oui** : voie générale inhalée

Spécialité :

Posologie /24h :

Date de début :

Indication :

Anti-TNF Oui Non **si oui**, précisez :

Autres facteurs favorisant Oui Non **si oui**, précisez :

Section 3 Manifestations cliniques initiales avant l'admission

Date des premiers signes /___/___/___/

Date de la 1^{ère} consultation /___/___/___/

Lieu de cette consultation Ville Hôpital

Nature des premiers signes et symptômes

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> T° >38,5°C | <input type="checkbox"/> Myalgies | <input type="checkbox"/> Dyspnées | <input type="checkbox"/> Céphalées |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Diarrhées (> 3 selles/jour) | <input type="checkbox"/> Expectations | <input type="checkbox"/> Confusions |
| <input type="checkbox"/> Anorexie | <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Autres signes neurologiques |
| <input type="checkbox"/> Amaigrissement | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Hémoptysie | Préciser : _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | _____ |
| | | <input type="checkbox"/> Douleurs pleurales | |

Section 4 Signes cliniques et biologiques à l'admission à l'hôpital ou pour les cas nosocomiaux au moment de la suspicion de la maladie

Date et lieu d'hospitalisation /___/___/___/ Urgence Réanimation
 Pneumo. Mal. Infectieuses Autre

Poids /___/ kg Taille /___/ cm

Température la plus élevée au cours des 12 premières heures /___/ Fréquence respiratoire /___/cycles/min

Fréquence cardiaque /___/ bpm TA /___/___/ mmHg
maxi/ mini

Gaz du sang Non faits Faits **si faits** : Air ambiant O2 |___| litres/min

SaO2 /___/ % PaO2 /___/ PaO2/FiO2 /___/

Natrémie /___/ mmol/L	CPK /___/ UI/L	Lymphocytes /___/ G/L
CRP /___/ mg/LI	ASAT /___/ UI/L	Polynucléaires /___/ G/L
Créatinémie /___/ mg/L	ALAT /___/ UI/L	Neutrophiles /___/ G/L

Transmettre
une copie des
résultats
biologiques à
l'admission

Nature des signes et symptômes

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Dyspnées | <input type="checkbox"/> Céphalées |
| <input type="checkbox"/> Myalgies | <input type="checkbox"/> Expectations | <input type="checkbox"/> Confusions |
| <input type="checkbox"/> Diarrhées (> 3 selles/jour) | <input type="checkbox"/> Toux | <input type="checkbox"/> Autres signes neurologiques |
| <input type="checkbox"/> Nausées, vomissements | <input type="checkbox"/> Hémoptysie | Préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Douleurs pleurales | |

Score de Fine à l'admission, ou à défaut dans les 24 premières heures après l'admission à l'hôpital

Se référer au tableau situé en fin de questionnaire

Non calculé Calculé (entourer): II III IV V

Section 5 Prélèvements à visée diagnostique et date des prélèvements

Antigénurie légionelle positive Oui Non **si oui** Date du prélèvement /___/___/___/

Prélèvement pour mise en culture effectué Oui Non **si oui** Date du prélèvement /___/___/___/

Culture positive Oui Non Type du prélèvement : _____

Séroconversion Oui Non **si oui** Date 1^{ère} sérologie /___/___/___/

(Augmentation du titre d'anticorps X4 avec un 2^{ème} titre minimum à 128) Date 2^{ème} sérologie /___/___/___/

Autre(s) agent(s) infectieux respiratoire(s) isolé(s) simultanément au diagnostic de légionellose (≤ 72 heures) Oui Non

Si oui : agent(s) : _____ / _____ Date du prélèvement : / ___ / ___ / ___

Diagnostic sur Culture PCR Sérologie Autre

Antigénurie pneumococcique Positive Négative Non faite

Section 6 Aspects radiologiques initial et suivi

Date de la 1^{ère} radiographie pulmonaire : / ___ / ___ / ___

Image radiologique	Dans les 24 H qui suivent l'admission		Site	Dans les 24 H qui suivent l'admission	
Normale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unilobaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie interstitielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multilobaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie alvéolo-interstitielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumonie alvéolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bilatérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epanchement pleural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Abcès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Section 7 Diagnostic et déclaration

Date de diagnostic : / ___ / ___ / ___ Déclaration Obligatoire effectuée : Oui Non

Légionellose nosocomiale Oui Non

Section 8 Thérapeutique (indiquer tous les antibiotiques administrés au patient)

Nom de la spécialité	Voie		Nombre de prises / 24 h	Posologie / 24 h	Date de début de traitement	Date de fin de traitement
	PO	IV/IM				
Antibiothérapie probabiliste ambulatoire (avant hospitalisation)						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
Antibiothérapie probabiliste pour la pneumopathie à l'admission à l'hôpital						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
Antibiothérapie après diagnostic de légionellose confirmé						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /

Section 9 Autres aspects thérapeutiques (hors anti-infectieux)

Nom de la spécialité	Voie		Nombre de prises / 24 h	Posologie / 24 h	Date de début de traitement	Date de fin de traitement
	PO	IV/IM				
AINS						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			/ /	/ /

	Voie		Nombre de prises / 24 h	Posologie / 24 h	Date de début de traitement	Date de fin de traitement
	PO	IV/IM				
Antipyrétiques (hors AINS)						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__
Corticostéroïdes (voie générale)						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			__/__/__	__/__/__

Thérapie respiratoire	Date de début	Date de fin
Oxygénothérapie	__/__/__	__/__/__
	__/__/__	__/__/__
Ventilation non invasive	__/__/__	__/__/__
	__/__/__	__/__/__
Ventilation invasive	__/__/__	__/__/__
	__/__/__	__/__/__

Section 10 Historique de l'hospitalisation

Hospitalisation aux urgences du __/__/__/__ au __/__/__/__/__

Hospitalisation en médecine du __/__/__/__/__ au __/__/__/__/__/__
du __/__/__/__/__/__ au __/__/__/__/__/__

Hospitalisation en réanimation du __/__/__/__/__/__ au __/__/__/__/__/__

Section 11 Evolution en cours d'hospitalisation

Evolution Guérison Oui Non Date apyréxie __/__/__/__/__

Complication Oui Non

Décès Oui Non Date du décès __/__/__/__/__

Si complication(s) : (merci de préciser)

- | | Date des complications | Préciser les types de complications |
|---|------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infectieuse pulmonaire | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Infectieuse non pulmonaire | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cytolyse hépatique | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombo-embolique | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Iatrogène médicamenteuse | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Iatrogène invasive non infectieuse | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Décompensation maladie pré-existante | __/__/__ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres | __/__/__ | _____ |

Si décès

Imputable à la légionellose Oui Non préciser : _____

Imputable à une complication Oui Non préciser : _____

Autres causes Oui Non préciser : _____

Section 12 Sortie de l'hôpital

Date de sortie / ___ / ___ / ___ /

Retour domicile Oui Non

Long et moyen séjour Oui Non

Section 13 Questionnaire

Date de clôture du questionnaire : / ___ / ___ / ___ /

Nom de la personne ayant rempli le questionnaire **Nom :** _____

Adresse email : **Email :** _____

Numéro de téléphone **Tél** / ___ / ___ / ___ / ___ /

Tampon du service / hôpital :

Une fiche de suivi (jointe en page 6) est à compléter dans les 3 mois qui suivent le diagnostic par :
le clinicien du service si le patient est toujours hospitalisé
le patient si possible avec l'aide son médecin, lors de la consultation de suivi

Merci de votre participation

Calcul du score de Fine (somme des points)

Facteurs démographiques		Points	Données de l'examen physique		Points
Homme		Age	Atteinte des fonctions supérieures		+20
Femme		Age -10	Fréquence respiratoire ≥ 30 /mn		+20
Vie en institution		+10	TA systolique < 90 mm Hg		+20
Comorbidités			Température < 35°C ou ≥ 40 °C		+15
Maladie néoplasique		+30	Fréquence cardiaque ≥ 125 /mn		+10
Maladie hépatique		+20	Données biologiques et radiologique		
Insuffisance cardiaque congestive		+10	pH artériel < 7,35		+35
Maladie cérébrovasculaire		+10	Urée ≥ 11 mmol/l		+20
Maladie rénale		+10	Na < 130 mmol/l		+20
			Glycémie ≥ 14 mmol/l		+10
			Hématocrite $\leq 30\%$		+10
			PaO ₂ < 60 mmHg		+10
			Epanchement pleural		+10
Score	< 71 points	➤	classe II		
	71 à 90 points	➤	classe III		
	91 à 130 points	➤	classe IV		
	> 130 points	➤	classe V		